Table ronde organisée pour la 15ème Réunion commune de la Société de Néphrologie et de la Société Francophone de Dialyse à Nantes, le 10 octobre 2013

Première réunion du groupe de travail "Néphrologie solidaire" de la Société de Néphrologie

Positionnement de la médecine de catastrophes par Olivier Hagon

transcription faite in extenso, avec mise en évidence des mots clés et messages forts

Commentaires de Bruno Moulin, Président de la Société de Néphrologie (cf fichier audio)

1. L'existence d'une commission de néphrologie solidaire est une nécessité
2. Les catastrophes humanitaires et les conséquences des conflits ne sont pas vraiment du ressort de la SN
3. Le rôle de la SN : concerne plutôt les situations chroniques et la santé publique.
4. Réflexions de fond quant aux choix à faire dans des pays où l'insuffisance rénale n'est pas toujours la priorité.
Exemple : l'Afrique subsaharienne. Entre 0 et 2 néphrologues. Priorités de santé publique, combattre la rougeole, les diarrhées...
5. Notre positionnement doit être mûrement réfléchi.
Exemple : les neurologues, partir avec peu de moyens : faire de l'information, de l'enseignement, du dépistage.
Si pas de dialyse existante, la situation devient complexe.
Si structure de dialyse existante, aide à l'équipement.
6. Rôle de la commission : identifier actions, limiter cibles; quel pays ? Quel matériel ? Quelle formation ? Quel enseignement ?
7. Ne pas chercher à tout faire en même temps.
8. L'Image de la SN, qui est une société relativement riche, et fréquentée par des pays plus pauvres.

Commentaires de Patrick Ruedin et réactions (cf fichier audio)

MSF suisse est plus impliquée que la Belgique dans dialyse pour le moment.
Exemple : centre Kirkoutch. Expérience très riche en situation de post-guerre.
Via Renaliste, il n'a pas été possible de trouver de chirurgien pour accès vasculaire.
Donc plateforme indispensable pour repérer les acteurs compétents, chirurgiens, techniciens…

Formation en Erythrée, Cameroun.
Actions ponctuelles très bénéfiques avec contrats de formation avec SN.
Soutien nécessaire de SN pour intervention type Erythrée ou Cameroun (auprès de responsables, ministères).
Aide matérielle (appareil).
Voyage et intendance auto-financées.

B. Moulin - Rôle de la commission : identifier les cibles connues, et d'en définir les modalités d'action y compris financières.
Aide, accompagnement, enseignement.
Feuille de route à mettre en oeuvre avec objectifs, actions officielles.

Commentaires de Dilaver Erbilgin et réactions (cf fichier audio)

Expérience des inondations à Arles, préfecture, gendarmerie, pompiers à coordonner par cellule, articulation avec protection civile.
Expérience des tremblements de terre à Marmara et au Kashmir.
Patients chroniques menacés au Liban (3000) par pénurie de consommables, pays francophone qui demande de l'aide.
Côte d'Ivoire, développement d'un centre de dialyse.

Commentaires de Quentin Meulders et réactions (cf fichier audio)

1. Alain Robert inondations à Draguignan, générateurs inondés, restitution à la main. Ont fait des recommandations utiles et variées !
2. Demande de labellisation pour les intervenants, reconnaissance par la SN ? De quelle façon procéder ? On ne peut pas tout parrainer et il faut rester dans le cadre des missions de la SN.

B. Moulin : rester sur des objectifs simples. Actions à l'extérieur de la France préférable à une suppléance aux missions de notre santé publique.
F. Babinet : 2X catastrophes locales, inondations de l'Orne et pollutions chimiques, les réactions des acteurs de santé publique n'ont pas été encourageantes.
+ débat.

Commentaires de François Babinet et réactions (cf fichier audio)

Rester en dehors de la catastrophe : néphrologie solidaire plutôt qu'humanitaire.
Collègues formés chez nous.
Burkina demande d'expertise installe dialyse, mode d'emploi en chinois… du conseil !
2 néphros dans le pays…
Rester à de l'enseignement très pratique, à distance c'est possible aussi !

B. Moulin : exemple de l'assistant burkinabé qui est resté en Alsace et qu'on aurait pu soutenir là-bas.
P. Ruedin : labelliser la qualité de l'aide, demandé par les ministères des pays d'accueil.
B. Moulin : se faire aider par MAE pour cette raison

O. Hagon : labellisation = aide puissante au projet : "projet soutenu par la SN".
Exemple des machines, cimetière à machines.
Objectifs modestes cf posters. Hygiène des mains par ex, sauvera des vies +++
Optimaliser soins de FAV, de KT péritonéaux.
Objectifs modestes, réalistes bien que pas très "vendeurs", à impact fort (cf image du séquoia).
Télémédecine réseau africain de télémédecins (réseau africain de télémédecine -

RAFT).

MN. Peraldi : BU à Ndjamena pour dépistage néphropathie gravidique.
B. Moulin : état des lieux via site, mailing list, collègues. Proposer accompagnement, ne pas déposséder, se greffer sur projets existants…
Q. Meulders : Recensement = point de départ
B. Moulin : commission = identifier ou créer projets modestes.

Q. Meulders : néphropédiatres et tremblement de terre.
B. Moulin : réticence cf inondations. Démarrer avec projets existants, créer plus tard d'autres projets. Discussion Abidjan = belle cible.
F. Babinet : rappelle le nombre croissant d'Africains subsahariens au congrès (45)
P. Ruedin : les associer à notre commission.
O. Hagon : tâches médicales souvent assumées par infirmières. Pas d'anesthésiste au Liberia. Comment soutenir ces IDE ? Renforcer compétences médicales mais aussi aider endroits reculés

Conclusion B. Moulin : recenser et chercher du coté des jeunes

Débat, première partie (cf fichier audio)

O. Hagon : partenaire local = clé succès, fort et puissant.
Chercher des objectifs réalistes, avec phasages, stratégie de sortie envisagée dès le départ.
Population-cible. Régions urbaines ou rurales ?
Intégration système santé local.
Reconnaissance nationale du projet.
Labellisation SN, c'est bien, mais les autorités locales c'est mieux.
Risque de fuite public vers privé.
Justificatifs par rapport aux bailleurs de fond.

L. Mercadal : la dialyse aiguë peut faire office de tremplin vers la dialyse chronique ?
O. Hagon : il faut sortir les gens de la clinique. … objectifs très adaptés au pays, hygiène, la base…

Discussion IRA vs IRC, médecine d'urgence vs médecine de catastrophe.
Prévention primaire
Exemple Irak. Aigus mal traités, DP laissés pour compte

F. Babinet : palu et obstétrique => IRA
Q. Meulders : idem débuts de la dialyse à Seattle
O. Hagon : le plus difficile c'est décider de ne pas faire
Dans un projet pédagogique, ne pas dire : *"Moi je sais et je vais t'apprendre"* ; mais plutôt : *"Dis-moi comment tu fais et ensemble on va réfléchir"*

Commentaires de Didier Borniche et réactions (cf fichier audio)

Expérience à Haïti et au Pakistan.
Vouloir s'appuyer sur l'existant en pratique c'est difficile… Haiti, pas d'électricité, plus d'eau, néphrologues et infirmières tués…

L'ISN essaie d'intervenir le plus vite possible.
Islamabad : au CHU la majorité des appareils étaient en panne depuis un an.
Donc logistique indispensable. exemple MSF.
Problème de sécurité aussi.
Matériel laissé sur place mais problème de maintenance, d'entretien.
Matériel de plus en plus sophistiqué = problème !
cf discussion de fond avec Olivier Hagnon à propos du matériel et de sa maintenance (fichier audio)

Q. Meulders : comment stimuler les jeunes à joindre le RDRTF, une formation est-elle possible ?
Quel rôle pour la SN dans cette relation complémentaire et non concurrente ?

D. Borniche : réunions à Gand 2 x par an (Raymond Vanholder).
AFIDTN gère un fichier de volontaires techniciens et IDE.
Problème : il n'y a pas eu d'évaluation des personnes qui ont envoyé leurs CV.
Pose un certain nombre de difficultés.
Maitrise de l'anglais ou de la langue sur place.
Connaissances médicales pures, maitrise de pose de KT sans Radiologie.
Réflexion : est-ce utile ? Fichier avec un bagage correct y compris humain et psychologique.
Eléments psychologiques durs, psychologues inopérationnels en peu de temps au Pakistan.

Q. Meulders : réfléchir avec R. Vanholder et AFIDTN : quelque chose qui manque et qu'on peut apporter ?

D. Borniche : volontaires : comment les trouver ? Fichier commun SN-SFD-AFIDTN. N'existe pas pour le moment (cahier des charges à écrire). Néphrologues, infirmiers, techniciens ?

Q. Meulders : contactés par francophones, Haïti, Liban, inondations… pas de fichier francophone existant, pas de carnet d'adresses.

O. Hagon : 40 % de savoir faire et 60 % de savoir être. Attention aux moutons noirs.
Fichier de gens intéressés, puis qu'ils mouillent le maillot : cours de formation sous l'égide de l'ISN. Travail de préparation.
Professionnaliser la préparation des gens prêts à partir, ne pas attendre la catastrophe.

D. Borniche : task force à réunir régulièrement sur les problèmes de sécurité, de psychologie

O. Hagon : mettre les gens en synergie, Suisse, Belgique = évolution des choses, professionnalisation

Q. Meulders : résumé de ce débat. Contact via la liste de diffusion.

Débat, deuxième partie (cf fichier audio)

à batons rompus… quelques idées...

F. Babinet : Saint-Pierre-et-Miquelon, télétransmission. technique biopsie en optique, néphrologues pour MO primaire puis envois centres experts

O. Hagon : non concurrentiel, rapport coût-bénéfice majeur : petits projets, hygiène, etc. PAS de concurrence avec catastrophes et ISN

L. Mercadal : discussion bénéfice apprentissage KT avec écho. Après sans écho, çà marche

O. Hagon : nouvelles générations deviennent dépendantes des machines

F. Babinet : AK10 dans tous les hôpitaux en état de marche

L. Mercadal : association de l'est envoie machines usagées a saigon

P. Delanaye : au Sénégal la dialyse va être remboursée

F. Babinet : portable ipad au Burkina : on peut communiquer !

L. Mercadal : voir MAE

PR Arménie - tremblement de terre, IRA maintenant centre fonctionne avec IRC et HD chronique

O. Hagon : compétences humaines, cooptation. L'humanitaire vous déshabille complètement. Pas d'égoïste ! Esprit d'équipe. Recrutement soigneux. Vous ne partez pas pour sauver le monde. Rentrer satisfait a la maison est indispensable.